

Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije

**ODNOS SOCIJALNE PODRŠKE I DEPRESIVNOSTI KOD SLIJEPIH I
SLABOVIDNIH OSOBA**

Diplomski rad

Tina Majdak

Mentor: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2013.

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Socijalna podrška	1
1.2. Depresivnost	3
1.3. Invaliditet i oštećenje vida	5
1.4. Odnos socijalne podrške i depresivnosti kod osoba s oštećenjem vida	7
2. Cilj	9
3. Problem	9
4. Hipoteze	9
5. Metoda	10
Sudionici	10
Instrumenti	10
Postupak	11
6. Rezultati	12
Sociodemografsko-zdravstveni podaci	12
Normalitet distribucija	13
Deskriptivna analiza podataka	14
Stupanj depresivnosti s obzirom na sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji	15
Socijalna podrška s obzirom na sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji	17
7. Rasprava	19
Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja	23
8. Zaključak	25
9. Literatura	26

SAŽETAK

Ime i prezime: Tina Majdak

Naslov rada: Odnos socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba. U istraživanju je korišten sociodemografsko - zdravstveni upitnik, Beckov inventar depresivnosti za mjerenje depresivnih simptoma te Skala socijalne podrške za mjerenje percipirane socijalne podrške. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da postoji povezanost između socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba. Viši stupanj socijalne podrške implicira nižu razinu depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba. Hipoteza da postoji razlika u stupnju depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba ovisno o tome jesu li sudjelovali u psihosocijalnoj rehabilitaciji nije potvrđena. Oni koji su uključeni u psihosocijalnu rehabilitaciju ne pokazuju značajno niže rezultate na ljestvici depresivnosti u odnosu na osobe koje nisu uključene.

Ključne riječi: slabovidnost, sljepoća, socijalna podrška, depresivnost, psihosocijalna rehabilitacija

ABSTRACT

Author: Tina Majdak

Title: The relation of social support and depressiveness in blind and partially sighted people

The aim of this research was to examine relation of social support and depressiveness in blind and partially sighted people. The study used sociodemographic - health questionnaire, Beck's Depression Inventory, as a measure of depressive symptoms, and Perceived Social Support Scale was used to examine perception of received social support. The results have shown significant relation of social support and depressiveness in blind and partially sighted people. The higher level of social support implicates the lower level of depressiveness among blind and partially sighted people. The hypothesis that there is a difference in level of depressiveness among blind and partially sighted people according to participation in psychosocial rehabilitation was not confirmed. Participants that were involved in psychosocial rehabilitation do not show significantly lower results on Beck's depression inventor compared those that were not involved.

Key words: low vision, blindness, social support, depressiveness, psychosocial rehabilitation

1. Uvod

1.1. Socijalna podrška

Socijalna podrška predstavlja veoma bitan čimbenik prilagodbe društvu, a uključuje postojanje ili dostupnost osoba na koje se pojedinac oslanja, koje mu daju do znanja da o njemu brinu, vole ga i cijene (Ivanov i Penezić, 2010). Jedna od definicija socijalnu podršku opisuje kao skup povoljnih učinaka koji za pojedinca proizlaze iz bliskih odnosa s drugim ljudima, a koje mu pomažu da se nosi sa stresom i kriznim događajima u životu. Manifestira se na nekoliko različitih razina: u konkretnim akcijama, npr. u obavljanju poslova umjesto osobe u krizi, u emocionalnoj podršci u obliku utjehe i razumijevanja, u pružanju mogućnosti za socijalnu usporedbu te u poticanju samopoštovanja pojedinca suočenog sa životnim poteškoćama (Petz, 2005).

Osnovna kategorizacija socijalne podrške razlikuje strukturalnu i funkcionalnu podršku. Strukturalna je ona koja uključuje učestalost, količinu te broj socijalnih kontakata unutar socijalne mreže, dok funkcionalna podrška mjeri jesu li određeni kontakti bili svrhoviti kao npr: emocionalna, materijalna, informativna ili suportivna podrška. Emocionalna podrška smatra se najvažnijim tipom socijalne podrške budući da je direktno povezana sa zdravstvenim statusom i to na način da veći stupanj podrške implicira i pozitivnije zdravstveno stanje (Grav, Hellzen, Romild i Storda, 2011).

Barrera razlikuje stvarnu socijalnu podršku koja uključuje trenutna socijalna ponašanja, odnosno primanje onih ponašanja kojima članovi socijalne mreže izražavaju podršku pojedincu te percipiranu socijalnu podršku koja se odnosi na vjerovanje pojedinca da će mu članovi njegove socijalne mreže osigurati podršku ukoliko to bude potrebno. Istraživanja se češće bave ispitivanjem percipirane socijalne podrške budući da se odnosi na subjektivnu procjenu moguće podrške u budućnosti te je stoga važnija za razumijevanje uloga i važnosti drugih u životu osobe (Gallagher i Vella-Brodrick, 2008).

Pet je osnovnih elemenata koje treba uzeti u obzir pri mjerenju socijalne podrške:

1) *Smjer* - socijalna podrška uključuje dva smjera, tj. mogućnost pružanja i primanja. Većina istraživanja temelji se na pretpostavci da je socijalna podrška određena okolinom te da količina podrške koju osoba dobiva ovisi o tome što pruža socijalna okolina. Međutim, osoba ne bi trebala pasivno primati socijalnu podršku od drugih, već biti aktivna u njezinu pronalaženju jer način na koji osoba percipira svoju socijalnu okolinu ima velik utjecaj na to koliko će joj ta podrška pomoći.

2) *Raspoloživost* - odnosi se na to koristi li osoba stvarno socijalnu podršku ili je ona samo potencijalno raspoloživa. Najbolji ishodi događaju se kada osoba doživljava prisutnost podrške, ali je u stvarnosti ne koristi jer se na taj način izbjegavaju negativne posljedice korištenja podrške, a dobit je najveća jer je potencijalno potrebna podrška prisutna.

3) *Opis i evaluacija* - opis situacija u kojima socijalna podrška može biti potrebna te zadovoljstvo iskazanom socijalnom podrškom.

4) *Sadržaj* - više je mogućih tipova socijalne podrške: emocionalna, instrumentalna, informacijska te podrška samopoštovanja. Emocionalna podrška uključuje davanje ili primanje empatije, brige i ljubavi, instrumentalna se odnosi na davanje točno određene pomoći kao što je obavljanje kućanskih poslova umjesto osobe, informacijska podrška doživljava se kao davanje savjeta kako bi se riješili određeni problemi dok podrška samopoštovanja uključuje davanje povratnih informacija koje su potrebne za samoevaluaciju. U različitim situacijama važnost ima različit tip podrške, ovisno o prirodi same situacije i karakteristikama osoba koje su u socijalnoj interakciji.

5) *Socijalna mreža* - odnosi se na strukturu postojećih socijalnih odnosa tj. izvore socijalne podrške. Šest najvažnijih izvora su obitelj, prijatelji, susjedi, kolege s posla, društvena zajednica te profesionalni pomagači. Većina ljudi najveći dio podrške prima od članova vlastite obitelji koji najčešće sami prepoznaju te nude pomoć svome članu u krizi bez da ju on sam traži (Tardy, 1985; prema Ivanov i Penezić, 2010).

Pristupi koji se koriste pri mjerenju socijalne podrške su kvantitativni pristup kojim se mjeri broj i različitost socijalnih veza, za razliku od kvalitativnog kojim se mjeri stupanj značajnosti socijalnih odnosa, recipročnost i tip socijalne podrške, specifične mjere usmjerene na izvore i tipove podrške nasuprot općim mjerama koje su usmjerene na utvrđivanje općeg stupnja socijalne integracije te funkcionalne mjere, tj. mjere primljene ili percipirane socijalne podrške (Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Instrumenti za mjerenje percipirane socijalne podrške dijele se na:

- 1) kratke unidimenzionalne mjere za ispitivanje jednog tipa socijalne podrške
- 2) ljestvice bliske i difuzne podrške - upitnici i intervjui namijenjeni dobivanju informacija o primarnim odnosima povjerenja i privrženosti
- 3) višedimenzionalne mjere za ispitivanje više tipova socijalne podrške (Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Zaštitna funkcija socijalne podrške na zdravstveni status i blagostanje predmet je sve češćih istraživanja pri čemu veći stupanj socijalne podrške implicira pozitivnije zdravstvene ishode i smanjenje stresa koji općenito uvjetuje ili pogoršava zdravstveno stanje (Pierce i sur,

1966). Prema pretpostavci o ublažavanju stresa socijalna podrška primatelju pomaže na dva načina. Prvo, da događaj koji se zbio protumači manje stresnim nego što bi ga protumačio kada bi se s njime suočio sam te drugo, čak i ako ga doživi kao stresan, pomaže u suočavanju s istim (Aronson, Wilson i Akert, 2005).

Dokazi za važnost socijalne podrške pronađeni su i u međukulturalnim istraživanjima, pri čemu ljudi koji žive u kolektivističkim kulturama u manjoj mjeri pate od bolesti povezanih sa stresom nego ljudi koji žive u kulturama koje naglašavaju individualizam. Razlog tome je što ljudi koji žive u kulturama koje naglašavaju međuovisnost i kolektivizam lakše dobivaju socijalnu podršku. Nadalje, James House i suradnici (House, Robbins i Metzner, 1982) mjerili su stupanj socijalne podrške na velikom uzorku Amerikanaca i Amerikanki u razdoblju od 1969. do 1976. godine pri čemu se pokazalo da je među muškarcima koji su imali malo socijalne podrške vjerojatnost umiranja tijekom idućih desetak godina bila dva do tri puta veća nego među muškarcima s mnogo socijalne podrške. Među ženama s malo socijalne podrške vjerojatnost umiranja bila je jedan i pol do dva puta veća nego među ženama s mnogo socijalne podrške (Aronson, Wilson i Akert, 2005).

1.2. Depresivnost

Danas je depresija toliko uobičajena u svim kulturama, ali i čitavoj povijesti da se čini kao da je nešto više od obične tegobne bolesti. Štoviše, ona je jedan od najčešćih psihičkih poremećaja današnjice. Učestalost depresije se tijekom posljednjih desetljeća povećava zahvaćajući sve mlađe dobne skupine. Blaži oblik depresije doživjelo je barem jednom u životu više od polovice čovječanstva, a da pritom mnogi nisu ni znali o čemu se radi. Depresija pogađa ljude svih dobi, spola te ostalih obilježja. Javlja se vrlo često, od nje obolijeva oko 350 milijuna ljudi diljem svijeta te se pretpostavlja da će do 2020. godine biti vodeći uzrok morbiditeta (WHO, 2013). Premda depresija može biti uspješno tretirana kod više od 80% osoba koje od nje boluju, tek manje od 25% ljudi s dijagnosticiranom depresijom ima pristup djelotvornom tretmanu što u najgorem slučaju rezultira samoubojstvom koje se očituje gubitkom od milijun života na godinu. Nadalje, zbog nedovoljne obaviještenosti, depresiju kao bolest često ne prepoznaju ni osobe koje pate od nje, kao ni njihova najbliža okolina čak i kada uzrokuje ozbiljne bračne probleme te obiteljske i profesionalne poteškoće. Porazna je i činjenica da liječnici primarne zdravstvene zaštite ne prepoznaju čak 60% depresivnih osoba koje su im se obratile za pomoć, a također je zabrinjavajuće i to što velik broj depresivnih osoba uopće ne traži pomoć (Jakovljević, 1998).

Depresija predstavlja emocionalno stanje u kojem prevladavaju neugodna čuvstva tuge i očaja, praćeno osjećajem obeshrabrenosti, bezvrijednosti, zlim slutnjama, otežanim i usporenim

mišljenjem i općenito smanjenom psihofiziološkom aktivnošću. U psihijatriji naziv depresija označava niz afektivnih poremećaja za koje su karakteristična intenzivna čuvstva tuge, beznada, bespomoćnosti te bezrazložan osjećaj krivnje i sklonost samoubojstvu (Petz, 2005).

Prema kriterijima dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM IV) veliki depresivni poremećaj može se dijagnosticirati ukoliko su zadovoljeni sljedeći uvjeti:

A. depresivno raspoloženje, veći dio dana, gotovo svaki dan, što osoba subjektivno navodi (npr. osjećaj tuge ili praznine) ili vide drugi (npr. izgleda žalosno):

1. značajno smanjeno zanimanje ili uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima, veći dio dana, gotovo svakog dana
2. značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje na težini (više od 5%) ili smanjenje ili povećanje apetita gotovo svakog dana (kod djece: nemogućnost dostizanja određene težine)
3. nesanica ili hipersomnija gotovo svakog dana
4. psihomotorička agitacija ili retardacija gotovo svakog dana
5. umor ili gubitak energije gotovo svakog dana
6. osjećaj bezvrijednosti ili velike i neodgovarajuće krivnje (koja može biti sumanuta) gotovo svakog dana
7. smanjenje sposobnosti mišljenja ili koncentriranja, ili neodlučnost gotovo svaki dan
8. ponavljajuće razmišljanje o smrti (ne samo strah od smrti), ponavljajuće samoubilačke ideje bez posebnog plana ili pokušaji samoubojstva ili specifičan plan za izvršenje samoubojstva

B. Simptomi ne zadovoljavaju kriterije za miješanu epizodu

C. Simptomi uzrokuju klinički značajne smetnje u socijalnom, radnom i drugim aspektima funkcioniranja

D. Simptomi nisu posljedica uzimanja psihoaktivnih tvari ili općeg zdravstvenog stanja

E. Simptomi se ne mogu pripisati žalovanju – tj. ako se jave unutar dva mjeseca od gubitka bliske osobe i ne traju nakon ta dva mjeseca smatraju se posljedicom žalovanja, osim ako nisu praćeni značajnim oštećenjem funkcioniranja, osjećajem bezvrijednosti, samoubilačkim idejama, psihotičnim simptomima ili psihomotoričkom retardacijom (American Psychiatric Association, 2000).

Etiologiju depresivnosti možemo proučavati kroz nekoliko teoretskih modela: kognitivni, bihevioralni, okolinski te dijateza-stres model koji predstavlja najprihvatljiviji model razumijevanja nastanka i razvoja depresivnosti. Kognitivni model objašnjava depresivnost

atribucijskim stilovima kojima se osoba služi da bi objasnila negativne ishode te polazi od kognitivne trijade pri čemu depresivne osobe imaju negativnu percepciju sebe, negativno viđenje svijeta oko sebe te negativno viđenje budućnosti (Beck, 1987). Bihevioralni model uzroke depresivnosti traži u problemima osobne interakcije s okolinom pri čemu emocionalnom neraspoloženju pridonose ograničeni ugodni doživljaji, razmišljanja koja pogoduju tuži te malo iskustava koja jačaju sliku o sebi. Prema tom se modelu depresivnost održava zbog naučene bespomoćnosti pri čemu pojedinci postaju depresivni jer sami sebe percipiraju bespomoćnima te ne mogu ništa učiniti kako bi izbjegli takvu situaciju (model naučene bespomoćnosti). Okolinski model naglašava nedostatak podrške, dezorganiziranost i izloženost stresu što može pogodovati razvoju depresivnosti. Model dijateza-stres naglašava da se uzroci depresivnosti mogu pronaći u interakciji bioloških i genetskih predispozicija s obiteljskim stresnim faktorima i osobnim kognitivnim distorzijama (Lebedina-Manzoni, 2007).

O depresiji se danas mnogo zna. Riječ je o bolesti koja se uspješno može liječiti zbog čega je iznimno važno na vrijeme prepoznati simptome i potražiti pomoć. Za teške oblike depresije potrebno je mnogo temeljitije liječenje nego što je neki od oblika samopomoći. Antidepresivi skraćuju trajanje, smanjuju simptome i sprječavaju ponovno pojavljivanje bolesti, ali neće otkloniti njezine uzroke zato što se navedeni problem temelji na stavovima osobe, njezinim osjećajima prema samoj sebi, ali i prema drugim ljudima (Hauck, 1990).

1.3. Invaliditet i oštećenje vida

Prema Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja, invaliditeta i zdravlja (ICF -*International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001) Svjetske zdravstvene organizacije, oštećenjem se smatra svaki gubitak ili abnormalnost psihološke, fiziološke ili anatomske građe ili funkcije, dok se svaka posljedica oštećenja, u pogledu ograničenja ili smanjenja sposobnosti za obavljanje neke aktivnosti unutar raspona koji se smatra normalnim za ljudsko biće, smatra invalidnošću. U skladu s tim, Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom Ujedinjenih Naroda (2007) definirano je da su osobe s invaliditetom sve one osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprečavati njihovo potpuno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima. Prema podacima Ujedinjenih naroda procjenjuje se da 10% svjetske populacije živi s nekim oblikom invaliditeta, što bi u konačnici iznosilo oko 450 milijuna ljudi u svijetu. (Vijeće Europe, 2002). Prema posljednjem popisu stanovništva iz 2001. godine i Hrvatska ima slične pokazatelje. Od ukupne populacije stanovništva, 10% su osobe s invaliditetom što bi brojčano iznosilo 423 891 osoba, dok prema podacima Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom iz

2011. g., u Hrvatskoj živi 529 103 osoba s invaliditetom od čega su 316 557 muškarci (59,8%) i 212 546 žene (40,2%) te na taj način osobe s invaliditetom čine oko 11,9% ukupnog stanovništva RH (Benjak, 2011).

Smetnje vida pripadaju području somatopsihičkih oštećenja, koja se definiraju kao takve somatopsihičke varijacije koje uvjetuju teškoće u razvoju onih obilježja doživljavanja i ponašanja koje se u određenoj društvenoj strukturi smatraju potrebnima i poželjnim ili pak privremeno ili trajno smanjuju prethodno postignutu razinu socijalne osposobljenosti te dodatno mogu stvarati smetnju za adaptaciju fizičkoj okolini. Stupanj oštećenja vida određuje se ostatkom oštine vida i širinom vidnog polja, a na temelju toga definiraju se sljepoća i slabovidnost. U skladu s time, osobe s gubicima vida, doživljavaju i svoje stanje kao različito i eventualno inferiorno ili s druge strane ravnopravno, ovisno o objektivnim odnosima i stavovima društvene strukture kojoj pripadaju (Stančić, 1991).

Sljepoća se može definirati s oftamološkog aspekta, aspekta orijentacije i kretanja u prostoru te pedagoškog aspekta.

Oftamološki aspekt slijepom osobom smatra onu osobu koja na boljem oku s korekcijom ima oštrinu vida manju od 5% i osobu s centralnim vidom na boljem oku s korekcijom do 25%, ali vidnim poljem suženim na 20 stupnjeva ili manje. Prema Međunarodnoj klasifikaciji oštećenja, invaliditeta i hendikepa Svjetske zdravstvene organizacije sljepoća se prema stupnju oštećenja vida dijeli na:

1. Potpuni gubitak osjeta svjetla (amauroza) ili na osjet svjetla bez ili s projekcijom svjetla
2. Ostatak vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju do 0,02 i manje
3. Ostatak vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,02 do 0,05
4. Ostatak centralnog vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju do 0,25 uz suženje vidnog polja na 20 stupnjeva ili ispod 20 stupnjeva
5. Koncentrično suženje vidnog polja oba oka s vidnim poljem širine 5 do 10 stupnjeva oko centralne fiksacijske točke (Dugandžić, 2006).

Nadalje, s aspekta orijentacije i kretanja u prostoru slijepom osobom smatra se svaka potpuno slijepa osoba, osoba koja ima ostatak vida tek toliko da može razlikovati svjetlo od tame, ali ne može raspoznavati konture predmeta te osoba koja ima ostatak vida toliki da joj nije dovoljan za raspoznavanje prstiju ispred tamne pozadine na udaljenosti od jednog metra.

Prema pedagoškom aspektu slijepa je svaka ona osoba koja na boljem oku s korekcijom ima ostatak vida do 5% ili koja, bez obzira na oštrinu vida, ne može čitati slova ili znakove Jeger 8 na blizinu.

Slabovidnost se prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije može podijeliti u dvije kategorije:

1. osobe koje na boljem oku, s korekcijom ili bez korekcije, imaju ostatak vida od 6/18 (0,3) do 6/60 (0,1);
2. osobe koje na boljem oku, s korekcijom ili bez korekcije, imaju ostatak vida od 6/60 (0,1) do 3/60 (0,05)

Ostatak vida ne smije se zamijeniti uspješnošću vida. Postoje osobe koje s većim stupnjem slabovidnosti mogu uspješnije iskoristiti svoj vid nego neke slabovidne osobe s većim ostatkom vida.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u svijetu je 161 milijun ljudi sa oštećenjem vida, od toga je 124 milijuna slabovidnih osoba, a 37 milijuna slijepih osoba. (Resnikoff i sur., 2004). Prema podacima Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom iz 2011. Godine, u Hrvatskoj živi 18 317 osoba s oštećenjem vida, što iznosi 3,5 % od ukupnog broja osoba s invaliditetom. Sa dijagnozom sljepoće na oba oka u Hrvatskoj je 3 646 osoba (Benjak, 2011).

Najčešći uzroci nastanka sljepoće su katarakta (47,9%), glaukom (12,3%), senilna makularna degeneracija (8,7%), zamućenje rožnice (5,1%) te dijabetička retinopatija (4,8%) (WHO, 2012).

1.4. Odnos socijalne podrške i depresivnosti kod osoba s oštećenjem vida

Slijepe osobe kroz povijest su najčešće živjele segregirano, izdvajale su se iz socijalne sredine i smještale u posebne ustanove. Razlog segregacije bile su predrasude društva prema slijepim osobama te stavovi tadašnjih političkih sustava prema osobama s invaliditetom. Do promjene društvenog stava prema osobama s invaliditetom došlo je 70-ih i 80-ih godina kada se tražilo uključivanje osoba s invaliditetom, pa tako i slijepih osoba u društvo kroz obrazovanje, zapošljavanje i participiranje u sve društvene aktivnosti. Socijalna integracija osoba s oštećenjem vida veoma je važna budući da uključuje stvaranje pretpostavki za neovisnost i ravnopravnost u društvu (Dugandžić, 2006). Socijalna podrška ključna je u procesu integracije, a uključuje doživljavanje slijepe osobe kao ravnopravne u društvu, omogućavanje obavljanja svih socijalnih funkcija, pružanje odgovarajućih savjeta te podrške, pomoć pri obavljanju fizičkih zadataka, pomoć pri izgradnji njihovog samopoštovanja te smanjivanje osjećaja manje vrijednosti i sažaljenja. Takav oblik socijalne potpore omogućit će osobama s oštećenjima vida da svoje stanje prihvate dostojanstveno, razvijajući pritom prijateljske emocije prema okolini, da budu socijalno prilagodljivi te da razviju želju za obrazovanjem (Bhagotra, Sharma i Raina, 2008).

Brojna istraživanja potvrdila su povezanost između socijalne podrške, depresivnosti i mentalnog zdravlja i to na način da viši stupanj socijalne podrške implicira bržu mogućnost opravka te manju stopu smrtnosti. Lee i Moore (1998) bavili su se istraživanjem utjecaja socijalne podrške na emocionalno stanje kod osoba s invaliditetom. Rezultati su potvrdili da socijalna diskriminacija negativno utječe na prihvatanje nastalog stanja, dok percipirana socijalna podrška djeluje na dobrobit osoba s invaliditetom te je ključan element za uspješnu socijalnu integraciju. S druge strane, osjećaj nemoći i depresija negativno utječu na mentalno, ali i fizičko zdravlje, pa tako i sama vizija uspješnosti rehabilitacije ponekad mijenja stanje čovjeka. Pokazano je kako odgovarajuća socijalna podrška dovodi do smanjivanja depresivnih simptoma, kako kod osoba s oštećenjima vida tako i kod svih drugih pojedinaca, te poboljšava sveukupno psihičko stanje. Oštećenja vida ponekad mogu biti povezana s emocionalnim poteškoćama pa stoga i sama dijagnoza navedenog oštećenja može dovesti do osjećaja anksioznosti, brige te nesigurnosti vezane uz budućnost.

Prema rezultatima istraživanja (Barron, Foxall, Von Dollen, Jones i Shull, 1992) osobe s oštećenjima vida podložnije su osjećaju usamljenosti, odbačenosti te vrlo često izvještavaju o manjku socijalne podrške u odnosu na njihove videće vršnjake. Važno je napomenuti kako i unutar same skupine osoba s oštećenjima vida postoje individualne razlike, pa je tako dokazano da oni koji su ranije oslijepili pokazuju veći stupanj socijalne samostalnosti i nezavisnosti od onih koji su oslijepili kasnije što se može pripisati duljem periodu adaptacije na postojeće stanje. (Thurston, 2010). Istraživanja psihosocijalnih potreba osoba s oštećenjima vida (King, Gilson i Peveler, 2006) pokazala su da je pri prevladavanju depresivnih simptoma te suočavanju s novonastalom situacijom socijalna podrška od velike važnosti, a neke od tehnika koje se mogu koristiti su:

1. Osvješčivanje činjenice da će od sada pa nadalje osjet vida biti primarna medicinska briga te napuštanje stava „ništa se ne može učiniti po tom pitanju“.
2. Postavljanje specifičnih pitanja vezanih uz emocionalne, ali i praktične probleme koje donosi djelomičan ili potpuni gubitak vida, pri čemu se poseban naglasak stavlja na one osobe koje gubitak vida doživljavaju kao uobičajeni proces starenja te smatraju da pri tome ništa ne mogu učiniti.
3. Dozvoljavanje osobi s oštećenjem vida da slobodno izražava emocije vezane uz nastalu situaciju što pomaže u prepoznavanju i prevenciji mogućih psiholoških poteškoća.

4. Prepoznavanje važnosti suradnje sa stručnjacima mentalnog zdravlja kako bi se omogućila potpora osobama s oštećenjima vida da se uspješno integriraju u zajednicu te budu emocionalno i mentalno jednako čvrsti kao i njihovi videći vršnjaci.

Zaključno, stavovi koje okolina ima prema osobi s oštećenjem vida i prema njezinim sposobnostima direktno se odražavaju na proces rehabilitacije i integracije. Obitelj koja ima povjerenja u sposobnosti svog slabovidnog ili slijepog člana vjerojatno će ga podupirati, a obitelj koja ima negativan stav prema gubitku vida i nema povjerenja u sposobnosti svog člana, podupirat će njegovu pasivnost. Pretjerano zaštitničke obitelji mogu pružati otpor službama koje pomažu osobama s oštećenjem vida i tako umanjiti šanse za osamostaljivanje (Runjić, Bilić, Znaor, 2001).

2. Cilj

Cilj ovog istraživanja je ispitati odnos između socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba.

3. Problem

1. Utvrditi postoji li povezanost socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba.
2. Utvrditi postoji li razlika u stupnju depresivnosti kod osoba s oštećenjem vida s obzirom na to jesu li sudjelovali u psihosocijalnoj rehabilitaciji.

4. Hipoteze

Hipoteza 1: Postoji povezanost socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba. Viši stupanj socijalne podrške implicira nižu razinu depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba.

Hipoteza 2: Postoji razlika u stupnju depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba ovisno o tome jesu li sudjelovali u psihosocijalnoj rehabilitaciji. Osobe koje su uključene u psihosocijalnu rehabilitaciju pokazuju niže rezultate na ljestvici depresivnosti u odnosu na osobe koje nisu uključene.

5. Metoda

Sudionici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku osoba s oštećenjem vida (slijepih i slabovidnih osoba) s područja grada Osijeka, Zagreba i Koprivnice. Sudjelovalo je ukupno 138 sudionika, 45 članova Udruge slijepih Osječko-baranjske županije, 28 članova Udruge slijepih Zagreb te 13 članova Udruge slijepih Koprivničko-križevačke županije. 52 sudionika ispunilo je on-line verziju upitnika. Iz uzorka za daljnju obradu isključeni su oni upitnici koji nisu pravilno ispunjeni (npr. nepotpuno ispunjeni upitnici; N=4). 82 sudionika je muškog spola (59,4%), a 56 ženskog spola (40,6%) raspona dobi od 18 i više godina. 47 sudionika (34,1%) je u rasponu dobi 18-40 godina, 57 sudionika (41,3%) u rasponu 40-60 godina te 34 sudionika (24,6%) u rasponu dobi 60 i više godina.

Instrumenti

Sociodemografsko - zdravstveni upitnik

Upitnik je konstruiran za potrebe provedenog istraživanja, a sadrži pitanja o sociodemografskim podacima sudionika (spol, dob, obrazovanje, bračni status, zaposlenost, mjesto stanovanja) te pitanja vezana uz oštećenje vida (stupanj oštećenja, korištenje pomagala, korištenje Brailleovog pisma, trajanje oštećenja – od rođenja ili kasnije osljepljenje te sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji).

Beckov Inventar Depresivnosti (Beck's Depression Inventory-BDI; Beck (BDI-I; Beck, Ward, Mendelson, Mock i Erbaugh, 1961))

Beckov inventar depresivnosti mjeri opće, emocionalne, kognitivne, motivacijske i tjelesne simptome depresije. Beck smatra da se BDI-em može procijeniti prisutnost depresivnih simptoma. Inventar sadrži 21 česticu, a svaka čestica je lista od 4 izjave poredane po težini određenog simptoma koji se odnosi na vlastito osjećanje i ponašanje u zadnjih tjedan dana uključujući i dan ispitivanja. Raspon rezultata svake čestice je od 0 (najslabije) do 3 (najjače). Čestica broj 19 koja se odnosi na tjelesnu težinu uključuje dodatno pitanje o ciljanom smanjenju težine te je moguće odabrati odgovor „da“ ili „ne“, no ona ima veću vrijednost kod individualne kliničke procjene o postojanju depresivnih simptoma te nije uzeta u obzir prilikom obrade rezultata u ovom istraživanju. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem rezultata svih čestica te se

kreće u teorijskom rasponu od 0 do 63 pri čemu veći broj označava prisutnost većeg broja simptoma depresivnosti.

Primjena BDI-I inventara je individualna i u prosjeku traje pet minuta, jednostavna je i dobro prilagođena korisnicima, a ispitivač može čitati pitanja osobama koje imaju teškoće s čitanjem ili koncentracijom. Beck je izvijestio o Cronbach alpha (α) koeficijentu pouzdanosti od 0,92 za pokretne bolesnike u psihijatrijskom uzorku i 0,93 za nepsihijatrijski uzorak.

Skala socijalne podrške - Perceived Social Support Scale (Schaeffer, Coyne i Lazarus, 1981)

Skala socijalne podrške sastoji se od 5 čestica koje mjere dva tipa socijalne podrške. Prvo pitanje odnosi se na informacijsku podršku, tj. percepciju pomoći od primljenih informacija i sugestija, dok preostala četiri pitanja mjere emocionalnu podršku. U ovom istraživanju naglasak je na emocionalnoj podršci jer je pokazano kako upravo ona najviše utječe na kvalitetu života i zdravstveno stanje opće populacije. Ispitanik na svako pitanje daje procjenu na skali Likertovog tipa od 1-10 pri čemu 1 znači odsustvo navedenog tipa socijalne podrške, a 10 maksimalna podrška. Rezultat se izražava kao ukupna socijalna podrška, tj. prosječni rezultat kroz pet skala, a za potrebe detaljnije analize može se izraziti po pojedinim skalama.

Pouzdanost iznosi 0,95 za skale emocionalne podrške i 0,81 za skalu informacijske podrške.

Prilagođenost instrumenata slijepim i slabovidnim osobama

Za potrebe provedenog istraživanja upitnici su tiskani na Brailleovom pismu i crnom tisku te je napravljen i on-line upitnik. Pri izradi sociodemografsko-zdravstvenog upitnika, kategorija dobi prilagođena je slijepim i slabovidnim osobama pri čemu su sudionici morali označiti samo dobnu skupinu kojoj pripadaju. Na taj način izgubljen je dio podataka potreban za deskriptivnu statistiku.

Postupak

Provedba istraživanja podržana je od strane Registra osoba s invaliditetom Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te je dobivena suglasnost Ministarstva socijalne politike i mladih. Istraživanje je provedeno u rujnu i listopadu 2012. godine, a podaci su se prikupljali individualno te putem on-line upitnika. Prije početka istraživanja, dobivena je suglasnost fakulteta nakon čega

su tajnici i predsjednici Udruga kontaktirali članove kako bi ih zamolili da se odazovu istraživanju. Prije slanja on-line upitnika sudionici su bili obaviješteni od strane Hrvatskog saveza slijepih, Udruge slijepih Osječko-baranjske županije, Udruge slijepih grada Zagreba te Udruge slijepih Koprivničko-križevačke županije. Prije početka ispunjavanja upitnika sudionicima je bilo objašnjeno da je istraživanje anonimno, dobrovoljno te da mogu odustati u bilo kojem trenutku, a da će dobiveni podaci biti povjerljivo čuvani te će se koristiti isključivo u znanstveno istraživačke svrhe. Također im je omogućeno da postave pitanja ukoliko imaju nejasnoće prije samog istraživanja ili ukoliko je potrebno nakon popunjavanja upitnika. Nakon toga sudionicima je pročitana uputa kojom im je objašnjeno na koji način trebaju odgovarati na pitanja te su zamoljeni da odgovaraju iskreno.

Budući da je istraživanje provedeno na specifičnom uzorku (slijepe i slabovidne osobe), upitnici su bili prilagođeni, tj. prevedeni na Brailleovo pismo, a dio uzorka slabovidnih te onih koji ne poznaju Brailleovo pismo upitnike je pomoću pomagala koje koriste rješavao na crnom tisku. Sudionicima kojima su upitnici poslani on-line putem prvo je detaljno objašnjena svrha istraživanja, anonimnost, povjerljivost i način ispunjavanja te im je ostavljen kontakt kako bi se mogli obratiti istraživačima ukoliko imaju nejasnoća. Vrijeme ispunjavanja upitnika nije bilo ograničeno, a u prosjeku je trajalo oko 20 minuta. Zbog specifičnosti uzorka i dobnih skupina primijenjen je kombiniran način prikupljanja podataka budući da se kasnije oslijepljeli rjeđe služe Brailleovim pismom, a starije osobe rjeđe koriste računalo. Također, dio uzorka slabovidnih upitnike je rješavao na crnom tisku. Na taj su se način nastojale obuhvatiti sve dobne skupine. Nakon provedbe istraživanja prevoditeljica koja poznaje Brailleovo pismo te prevodi knjige za slijepe i slabovidne osobe prevela je ispunjene upitnike, a prije toga bila je upoznata s nužnosti čuvanja tajnosti podataka i etičkim kodeksom.

6. Rezultati

Sociodemografsko-zdravstveni podaci

U istraživanju je sudjelovalo 138 slijepih i slabovidnih osoba, od toga je 82 sudionika muškog spola, a 56 sudionika ženskog spola raspona dobi od 18 i više godina. 47 sudionika (34,1%) je u rasponu dobi 18-40 godina, 57 sudionika (41,3%) u rasponu 40-60 godina te 34 sudionika (24,6%) u rasponu dobi 60 i više godina.

Kao što se može vidjeti u Tablici 1, u istraživanju je sudjelovalo 66 slabovidnih (47,8%) te 72 slijepa sudionika (52,2%). Od ukupnog broja sudionika, 49,3% slijepo je od rođenja, dok je 50,7% sudionika kasnije oslijepljeno. Što se tiče poznavanja Brailleovog pisma 68,8% sudionika poznaje Brailleovo pismo, dok ga 31,2% ne poznaje. Što se zaposlenosti tiče, 10,1% sudionika studira, 34,1% je zaposleno, 12,3% sudionika je nezaposleno, a 43,5% slijepih i slabovidnih osoba je u mirovini. Što se tiče bračnog statusa, 44,9% sudionika je oženjeno/udano, 22,5% je neoženjeno/neudano; ima partnera, 18,8% je neoženjeno/neudano; nema partnera, a 13,8% je razvedeno; udovac/ica. Nadalje, 42% slijepih i slabovidnih osoba uključeno je u psihosocijalnu rehabilitaciju, dok 58% nije uključeno u psihosocijalnu rehabilitaciju.

Tablica 1. Frekvencije i postotci statusa vida, trajanja oštećenja, poznavanja Brailleovog pisma, zaposlenosti, bračnog statusa i sudjelovanja u psihosocijalnoj rehabilitaciji (N=138)

Varijabla		f	%
Status vida	Slabovidnost	66	47,8
	Sljepoća	72	52,2
Trajanje oštećenja	Po rođenju	68	49,3
	Kasnije oslijepljeli	70	50,7
Poznavanje Brailleovog pisma	Da	95	68,8
	Ne	43	31,2
Zaposlenost	Student	14	10,1
	Zaposlen	47	34,1
	Nezaposlen	17	12,3
	Umirovljen	60	43,5
Bračni status	Oženjen/udana	62	44,9
	Neoženjen/neudana; imam partnera	31	22,5
	Neoženjen/neudana; nemam partnera	26	18,8
	Razveden/a; Udovac/ica	19	13,8
Sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji	Da	58	42
	Ne	80	58

Normalitet distribucija

Prije provođenja statističke obrade provjereno je distribuiraju li se rezultati dobiveni na pojedinim skalama prema normalnoj raspodjeli kako bi se mogli koristiti parametrijski statistički postupci za daljnju obradu. Distribucije ne odstupaju značajno od normalne ($Z_{BDI} = 2,087$,

$p > 0,05$; $Z_{\text{socijalna podrška}} = 1,022$, $p > 0,05$) stoga su u daljnjoj obradi korišteni t-test te Pearsonov koeficijent korelacije.

Deskriptivna analiza podataka

U tablicama 2 i 3 prikazani su osnovni statistički pokazatelji (aritmetička sredina, standardna devijacija, minimum i maksimum) za pojedine čestice Beckova inventara depresivnosti i čestice Socijalne podrške.

Tablica 2. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimum i maksimum za svaku pojedinu česticu Beckova inventara depresivnosti

	M	SD	Min	Maks	Mogući raspon
Promjene raspoloženja	0,30	0,597	0	3	0-3
Gubitak nade	0,59	0,780	0	3	0-3
Osjećaj odbačenosti	0,30	0,623	0	3	0-3
Nemogućnost uživanja	0,43	0,638	0	3	0-3
Osjećaj krivnje	0,18	0,530	0	3	0-3
Potreba za kažnjavanjem	0,16	0,631	0	3	0-3
Mržnja prema sebi	0,12	0,409	0	3	0-3
Samoosušivanje	0,19	0,534	0	3	0-3
Suicidalne misli ili želje	0,12	0,420	0	3	0-3
Plačljivost	0,28	0,762	0	3	0-3
Razdražljivost	0,51	0,794	0	3	0-3
Gubitak interesa za druge ljude	0,22	0,484	0	2	0-3
Neodlučnost	0,38	0,596	0	2	0-3
Negativna slika o sebi	0,29	0,569	0	3	0-3
Nesposobnost za rad	0,43	0,616	0	3	0-3
Promjene u obrascu spavanja	0,46	0,726	0	3	0-3
Umor	0,55	0,617	0	3	0-3
Promjene apetita	0,18	0,557	0	3	0-3
Gubitak težine	0,28	0,715	0	3	0-3
Hipohondrija	0,28	0,577	0	3	0-3
Gubitak libida	0,58	0,853	0	3	0-3
Ukupna depresivnost	6,83	7,025	0	44	0-63

Legenda:

M – aritmetička sredina rezultata, *SD* – standardna devijacija, *Min* – najmanji postignuti rezultat,

Maks – najveći postignuti rezultat, *Mogući raspon* – mogući raspon rezultata

Kao što se može vidjeti u Tablici 2. osobe s oštećenjem vida (slijepe i slabovidne osobe) u prosjeku izražavaju malo depresivnih simptoma ($M=6,83$; $SD=7,025$) te se dobivena prosječna vrijednost može kategorizirati u promjene raspoloženja koje su u granicama normalnog. Pokazalo se da osobe s oštećenjem vida izražavaju najviše depresivnih simptoma kada odgovaraju na pitanje koje je vezano uz nadu u budućnost ($M=0,59$; $SD=0,780$), dok je

prosječna vrijednost odgovora na domeni suicidalnih misli i želja ($M=0,12$; $SD=0,420$) te mržnje prema sebi ($M=0,12$; $SD=0,409$) vrlo niska.

Tablica 3. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimum i maksimum za pojedine čestice socijalne podrške i ukupnu socijalnu podršku sudionika ($N=138$)

	M	SD	Min	Maks	Mogući raspon
Informacijska podrška	6,42	2,320	1	10	1-10
Uveseljavanje od strane bližnjih	6,86	2,301	1	10	1-10
Potpore u teškim trenucima	7,19	2,323	1	10	1-10
Osjećaj da je drugima stalo	7,26	2,199	1	10	1-10
Mogućnost pouzdanja u bližnje	7,28	2,361	1	10	1-10
Ukupna emocionalna podrška	28,58	7,891	4	40	4-40
Ukupna socijalna podrška	35,00	9,329	5	50	5-50

Legenda:

M – aritmetička sredina rezultata, *SD* – standardna devijacija, *Min* – najmanji postignuti rezultat, *Maks* – najveći postignuti rezultat, *Mogući raspon* – mogući raspon rezultata

Kao što se može vidjeti u Tablici 3, prosječni rezultat na Skali socijalne podrške iznosi $M=35,00$; $SD=9,329$. Budući da najveći mogući teorijski rezultat iznosi 50, može se zaključiti kako osobe s oštećenjem vida (slijepe i slabovidne osobe) doživljavaju visok stupanj socijalne podrške. Nadalje, pokazalo se da osobe s oštećenjem vida primaju najmanje informacijske podrške, dok najviše potpore primaju u domeni osjećaja da se mogu pouzdati u nekoga ukoliko im je to potrebno. Usporedbom rezultata po pojedinim tipovima socijalne podrške, pokazalo se da slijepe i slabovidne osobe u prosjeku primaju više emocionalne podrške ($M=28,58$; $SD=7,891$), a manje informacijske podrške ($M=6,42$; $SD=2,320$).

Stupanj depresivnosti s obzirom na sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji

U tablici 4 navedeni su osnovni statistički pokazatelji (aritmetička sredina, standardna devijacija) za pojedine čestice Beckova inventara depresivnosti te ukupan rezultat na skali depresivnosti s obzirom na to jesu li sudionici uključeni u proces psihosocijalne rehabilitaciji ili nisu.

Tablica 4. Aritmetičke sredine, standardne devijacije za pojedine čestice Beckova inventara depresivnosti te ukupan rezultat na skali depresivnosti s obzirom na sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji; sudjelovali (n=58), nisu sudjelovali (n=80).

	Sudjelovali u psihosocijalnoj rehabilitaciji		Nisu sudjelovali u psihosocijalnoj rehabilitaciji	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Promjene raspoloženja	0,31	0,681	0,29	0,532
Gubitak nade	0,62	0,895	0,56	0,691
Osjećaj odbačenosti	0,28	0,615	0,33	0,632
Nemogućnost uživanja	0,43	0,652	0,43	0,632
Osjećaj krivnje	0,17	0,500	0,19	0,553
Potreba za kažnjavanjem	0,14	0,576	0,18	0,671
Mržnja prema sebi	0,10	0,360	0,14	0,443
Samoosušivanje	0,12	0,498	0,24	0,557
Suicidalne misli ili želje	0,10	0,360	0,13	0,460
Plaćljivost	0,34	0,870	0,23	0,675
Razdražljivost	0,52	0,843	0,51	0,763
Gubitak interesa za druge ljude	0,12	0,378	0,30	0,537
Neodlučnost	0,36	0,552	0,40	0,628
Negativna slika o sebi	0,19	0,545	0,36	0,579
Nesposobnost za rad	0,48	0,682	0,40	0,565
Promjene u obrascu spavanja	0,48	0,822	0,44	0,653
Umor	0,60	0,667	0,49	0,574
Promjene apetita	0,05	0,292	0,27	0,675
Gubitak težine	0,24	0,733	0,31	0,704
Hipohondrija	0,36	0,693	0,21	0,469
Gubitak libida	0,60	0,954	0,56	0,777
Ukupna depresivnost	6,67	7,333	6,95	6,838

Legenda:

M – aritmetička sredina rezultata, *SD* – standardna devijacija

Kao što se može vidjeti u Tablici 4, ukupni prosječni rezultat na Beckovu inventaru depresivnosti tek je neznatno izraženiji kod slijepih i slabovidnih osoba koje nisu sudjelovale u tretmanu socijalne rehabilitacije ($M=6,95$; $SD=6,838$), u odnosu na one koje jesu sudjelovale u tretmanu psihosocijalne rehabilitacije ($M=6,67$; $SD=7,333$). Nadalje, najniži postignuti rezultat kod osoba s oštećenjem vida koje jesu sudjelovale u tretmanu psihosocijalne rehabilitacije očituje se na čestici promjene apetita ($M=0,05$; $SD=0,292$), dok je kod onih koji nisu bili uključeni u tretman psihosocijalne rehabilitacije najniži rezultat postignut na čestici suicidalnih misli ili želja ($M=0,13$; $SD=0,460$). Takvi rezultati u skladu su s teorijskim istraživanjima,

budući da tretmani psihosocijalne rehabilitacije rade na poboljšanju emocionalnog i kognitivnog prihvatanja postojećeg stanja. Slijepe i slabovidne osobe koje su sudjelovale u procesu psihosocijalne rehabilitacije najviši rezultat postižu na čestici gubitak nade ($M=0,62$; $SD=0,895$), dok slijepi i slabovidni koji nisu sudjelovali u procesu psihosocijalne rehabilitacije najviši rezultat postižu na česticama gubitak nade ($M=0,56$; $SD=0,691$) te gubitak libida ($M=0,56$; $SD=0,777$).

Kako bi se provjerila druga hipoteza, testirana je značajnost razlike rezultata postignutih na Beckovom inventaru depresivnosti obzirom na to jesu li sudionici bili uključeni u proces psihosocijalne rehabilitacije ili ne t-testom za nezavisne uzorke (Tablica 5). Dobiveni t-omjer za homogene varijance iznosi $t(136)=0,228$ ($p>0,05$). Dakle, može se zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika u stupnju depresivnosti kod osoba s oštećenjima vida obzirom na to jesu li uključeni u proces psihosocijalne rehabilitacije ili ne. Osobe koje su uključene u proces psihosocijalne rehabilitacije na postižu statistički značajno niži rezultat na skali depresivnosti u odnosu na osobe koje nisu uključene u proces psihosocijalne rehabilitacije.

Tablica 5. Rezultati t-testa za varijablu Ukupni rezultat na skali depresivnosti s obzirom na uključenost ili neuključenost sudionika u proces psihosocijalne rehabilitacije

Uključenost u proces psihosocijalne rehabilitacije	N	M	SD	t-test	p
DA	58	6,67	7,333	0,228	0,820
NE	80	6,95	6,838		

Legenda:

DA – uključenost u proces psihosocijalne rehabilitacije; NE – neuključenost u proces psihosocijalne rehabilitacije; N – broj sudionika; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; p – razina značajnosti

Socijalna podrška s obzirom na sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji

U tablici 6 navedeni su osnovni statistički pokazatelji (aritmetička sredina, standardna devijacija) za pojedine čestice socijalne podrške s obzirom na to jesu li sudionici uključeni u proces psihosocijalne rehabilitaciji ili ne.

Tablica 6. Aritmetičke sredine, standardne devijacije za pojedine čestice socijalne podrške i ukupnu socijalnu podršku s obzirom na sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji; sudjelovali (n=58), nisu sudjelovali (n= 80)

	Sudjelovali u		Nisu sudjelovali u	
	psihosocijalnoj rehabilitaciji		psihosocijalnoj rehabilitaciji	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Informacijska podrška	6,91	2,122	6,06	2,404
Uveseljavanje od strane bližnjih	7,33	2,305	7,09	2,345
Potpora u teškim trenucima	7,05	2,305	6,71	2,301
Osjećaj da je drugima stalo	7,52	2,121	7,07	2,249
Mogućnost pouzdanja u bližnje	7,72	2,101	6,95	2,495
Ukupna emocionalna podrška	29,624	7,698	27,825	7,990
Ukupna socijalna podrška	36,535	8,776	33,888	9,611

Legenda:

M – aritmetička sredina rezultata, *SD* – standardna devijacija

Kao što se može vidjeti u Tablici 6, slijepi i slabovidne osobe koje su uključene u proces psihosocijalne rehabilitacije doživljavaju više socijalne podrške ($M=36,535$; $SD=8,776$) u odnosu na one koji nisu uključeni u proces psihosocijalne rehabilitacije ($M=33,888$; $SD=9,611$). Obje skupine slijepih i slabovidnih osoba najmanje socijalne podrške dobivaju u obliku informacijske podrške ($M_{\text{sudjelivali}}=6,91$; $SD=2,122$; $M_{\text{nisu sudjelovali}}=6,06$; $SD=2,404$).

Što se tiče emocionalne podrške, slijepi i slabovidni koji su sudjelovali u procesu psihosocijalne rehabilitacije najviše podrške osjećaju na način da se mogu pouzdati u nekoga ukoliko im je to potrebno ($M=7,72$; $SD=2,101$), dok slijepi i slabovidni koji nisu sudjelovali u procesu psihosocijalne rehabilitacije najviše podrške dobivaju u vidu toga da ih netko razveseljava kada su oneraspoloženi ($M=7,09$; $SD=2,345$). Prosječno, više emocionalne podrške primaju slijepi i slabovidni koji su sudjelovali u procesu psihosocijalne rehabilitacije ($M=29,624$; $SD=7,698$), a manje oni koji nisu sudjelovali u procesu psihosocijalne rehabilitacije ($M=27,825$; $SD=7,990$).

U svrhu provjere prve hipoteze koja se fokusira na odnos socijalne podrške i depresivnosti izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije, a rezultat je prikazan u Tablici 7.

Tablica 7. Pearsonovi koeficijenti korelacije između ukupnog rezultata na skali depresivnosti i rezultata na pojedinim subskalama socijalne podrške za cjelokupni uzorak ($N = 138$)

	Ukupan rezultat na skali BDI-a
Informacijska podrška	-0,214**
Emocionalna podrška	-0,458**
Ukupna socijalna podrška	-0,440**

Legenda: ** $p < 0,01$

Korelacije između rezultata na skali depresivnosti te pojedinih subskala socijalne podrške kreću se u rasponu od -0,458 do -0,214 te su statistički značajne na razini rizika od 1%. Najviša povezanost dobivena je između ukupnog rezultata na skali BDI-a te emocionalne podrške ($r = -0,458$; $p < 0,01$), dok je nešto manja povezanost dobivena između ukupnog rezultata na skali depresivnosti te informacijske podrške ($r = -0,214$; $p < 0,01$). Korelacija između ukupnog rezultata na skali depresivnosti te skale socijalne podrške iznosi $r = -0,440$ te je statistički značajna na razini rizika od 1%.

7. Rasprava

Ovim istraživanjem pokazano je da osobe s oštećenjem vida (slijepi i slabovidne osobe) koje žive na području grada Zagreba, Osijeka i Koprivnice u prosjeku izražavaju vrlo malo depresivnih simptoma ($M = 6,83$; $SD = 7,025$), tj. izraženi simptomi pripadaju promjenama raspoloženja koje su u granicama normalnog i uobičajenog. Ovakav rezultat može se objasniti prilagodbom pojedinca na postojeće stanje invalidnosti odnosno smanjene senzorne funkcije.

Što se tiče prvog postavljenog problema, Hipoteza 1 je potvrđena tako što je utvrđena povezanost socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba i to na način da viši stupanj socijalne podrške implicira nižu razinu depresivnosti ($r = -0,440$, $p < 0,01$). Dobiveni rezultati u skladu su s očekivanjima te navodima iz literature. Naime, istraživanja su potvrdila da odrasle osobe s oštećenjima vida koje doživljavaju više socijalne podrške od strane partnera, obitelji i prijatelja doživljavaju manje depresivnih simptoma, bolje prihvaćaju postojeće stanje te su više zadovoljne kvalitetom života (Boemer i Cimarolli, 2005). Boemer i Cimarolli (2005) u svojem su istraživanju ispitali 86 sudionika s oštećenjima vida i pritom zaključili kako su

sudionici primali tri vrste socijalne podrške: kombinaciju pozitivne podrške i negativne evaluacije, isključivo pozitivnu podršku te isključivo negativnu evaluaciju. Najviši stupanj depresivnih simptoma uočen je kod slijepih i slabovidnih koji nisu primali niti jedan oblik socijalne podrške dok je najmanje depresivnih simptoma uočeno kod sudionika koji su primali isključivo pozitivnu socijalnu podršku. Nadalje, utvrđeno je da slijepe i slabovidne osobe koje izvještavaju o boljem općem psihološkom stanju primaju više socijalne podrške od strane obitelji, dok osobe koje su se uspješno adaptirale na postojeće stanje gubitka ili oštećenja vida više podrške primaju od strane prijatelja (Boemer i Cimarolli, 2005). U skladu s takvim nalazima, razvijeni su i tretmani poboljšanja socijalnih vještina kod osoba s oštećenjima vida koji pomažu u jačanju samopouzdanja te razvijaju osjećaj neovisnosti. Donohue i sur. proveli su istraživanje na populaciji žena s oštećenjem vida koje su pokazivale visok stupanj depresivnih simptoma. Naime, nakon tretmana u kojem su bile podučavane socijalnim vještinama, sudionice su postale znatno asertivnije, zadovoljnije svojom okolinom, izvještavale su o većem stupnju primljene socijalne podrške te je došlo do značajnog smanjenja depresivnih simptoma s klinički značajnog nivoa na normalno stanje (Hersen i Kabacoff, 1995). Ista povezanost nalazi se i u zdravoj populaciji pri čemu socijalna podrška čini jednu od najvažnijih odrednica cjelokupnog zdravlja opće populacije. Istraživanja su pokazala znatno veću učestalost pojavljivanja depresivnih simptoma kod osoba koje primaju malo socijalne podrške, u odnosu na one koje su zadovoljne količinom primljene socijalne podrške. Primljena emocionalna podrška pokazala se kao najbolji prediktor smanjivanja depresivnih simptoma. (Wilkinson i Marmot, 2003).

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na veći stupanj povezanosti između emocionalne podrške i depresivnosti ($r = -0,458$; $p < 0,01$) u odnosu na povezanost informacijske podrške i depresivnosti ($r = -0,214$; $p < 0,01$) što je također u skladu s postojećim nalazima. Naime, utvrđeno je da primljena emocionalna podrška direktno utječe na smanjenje depresivnih simptoma dok informacijska podrška utječe indirektno, mijenjajući doživljaj postojećih fizičkih ograničenja što posljedično može rezultirati smanjivanjem depresivnih raspoloženja. Razlog tome neki autori vide u činjenici da su ljudi zadovoljniji primljenom i ostvarenom emocionalnom podrškom nego onom koja se očituje u vidu informacijske i instrumentalne pomoći. Istraživanja su potvrdila da prevelika količina informacijske podrške može rezultirati povećanim negativnim doživljajem fizičkog ograničenja osobe. Kod osoba s oštećenjem vida previše zaštitnički stav može dovesti do značajno negativnijeg odgovora na gubitak vida, više depresivnih simptoma te do smanjenja mogućnosti samostalnog ophođenja u društvu. Prema tome, može se zaključiti kako odnos

između socijalne podrške i depresivnosti također varira ovisno o tome koji tip podrške osoba prima te na koji način ju prihvaća (Boemer i Cimarolli, 2005).

Usporedbom sudionika koji su sudjelovali u tretmanima psihosocijalne rehabilitacije te onih koji nisu sudjelovali može se zaključiti kako oni koji su bili uključeni u tretmane psihosocijalne rehabilitacije izvještavaju o višem stupnju primljene socijalne podrške ($M=36,535$; $SD=8,776$) u odnosu na one koji nisu sudjelovali ($M=33,888$; $SD=9,611$). Takvi rezultati u skladu su s već postojećim nalazima koji sugeriraju da osobe uključene u psihosocijalne tretmane uče kako steći uporište i način da pobude i razviju vlastite potencijale za prevladavanje krize, te iz stanja ugroženosti i nemoći postupnom izgradnjom dosegnu psihički i socijalno punovrijedan način života bez štetnih posljedica po sebe i druge. Tijekom tog procesa osobe se osnažuju za aktivan međuljudski odnos (ako je moguće i izravno sudjelovanje) u ostvarivanju vlastite dobrobiti i dobrobiti svoje obitelji (Pierce i sur., 1996).

Što se tiče drugog postavljenog problema, Hipoteza 2 nije potvrđena. Utvrđena razlika nije se pokazala statistički značajnom ($t=0,228$; $p>0,05$), tj. osobe koje su bile uključene u psihosocijalnu rehabilitaciju nisu pokazivale statistički značajno niže rezultate na ljestvici depresivnosti u odnosu na osobe koje nisu bile uključene. Uspoređujući prosječne rezultate na skali depresivnosti kod sudionika koji su bili uključeni u proces psihosocijalne rehabilitacije te onih koji nisu bili uključeni ($M_{uključeni}=6,67$, $SD_{uključeni}=7,333$; $M_{nisu\ uključeni}=6,95$, $SD_{nisu\ uključeni}=6,838$) vidljivo je da su svi u rasponu niskih vrijednosti, odnosno depresivnosti koja je prisutna u zdravoj otvorenoj populaciji. Tako dobivene statistički neznačajne rezultate moguće je objasniti činjenicom da niti sudionici koji su sudjelovali u tretmanu psihosocijalne rehabilitacije, niti oni koji nisu sudjelovali nisu pokazivali depresivne simptome pa stoga nije bilo moguće ni dobiti statistički značajne razlike kada su sudionici toliko homogeni po svojim vrijednostima. Ukoliko bi se obuhvatio veći broj sudionika, moguće je da bi se dobila značajna razlika, budući da bi uzorak u tom slučaju bio reprezentativniji onome u populaciji. Nadalje, kada bi uzorak bio veći, moguće je da bi se obuhvatio i onaj dio sudionika koji je u ovom istraživanju izostavljen, a odnosi se na one osobe koje su moguće upravo zbog prisutnosti depresivnih simptoma odbile sudjelovati u istraživanju. Naime, pokazano je kako je jedna od karakteristika depresije i depresivnosti da je osoba pasivna i bezvoljna pa je za pretpostaviti da je takav profil sudionika bio skloniji odbijati sudjelovanje u istraživanju.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na činjenicu da ispitanici uopće ne pokazuju izraženost depresivnih simptoma, a jedno od mogućih objašnjenja jest da je došlo do adaptacije na postojeće stanje pri čemu je ključnu ulogu odigrala primljena socijalna podrška. Istraživanja

su potvrdila da primljena socijalna podrška od strane prijatelja i obitelji rezultira boljim općim psihološkim stanjem te boljom adaptacijom na novonastale životne stresore. Reinhardt (2001) je u svojem istraživanju došao do zaključka da socijalna podrška primljena od strane prijatelja pozitivno utječe na tri životna aspekta: bolju adaptaciju na postojeće stanje, korištenje socijalnih resursa tj. kvalitetnije odnose s članovima obitelji i prijateljima te na osobne resurse u smislu djelotvornijih strategija suočavanja s postojećom situacijom te boljim mehanizmima kontrole. S druge strane, primljena instrumentalna podrška od strane obitelji pokazuje značajan utjecaj na samo jednu domenu, a to je zadovoljstvo životom. Nadalje, kombinacija primljene socijalne podrške i od strane obitelji i prijatelja rezultira najvećim stupnjem adaptacije na postojeće stanje gubitka ili oštećenja vida (Reinhardt, 2001). Na temelju tih nalaza moguće je objasniti rezultate dobivene u ovom istraživanju. Naime, moguće je da je kod sudionika primljena socijalna podrška od strane prijatelja i obitelji bila izuzetno visoka što je rezultiralo visokim stupnjem adaptacije na postojeće stanje oštećenja ili gubitka vida pa stoga kod sudionika nije bilo klinički izraženih depresivnih simptoma. Nadalje, slijepe i slabovidne osobe unatoč svojim ograničenjima lakše uspostavljaju socijalne odnose s drugim ljudima u odnosu na npr. gluhe osobe, koje također imaju senzorni invaliditet, a koje se susreću sa znatnim poteškoćama u svakodnevnoj komunikaciji jer im je razmjena informacija s drugim ljudima značajno otežana ili pak potpuno onemogućena. Stoga je i to jedan od mogućih razloga zašto slijepe i slabovidne osobe izvještavaju o većoj količini primljene socijalne podrške što potom dovodi do manje izraženosti depresivnih simptoma.

Na dobivene statistički neznčajne rezultate mogla je utjecati i neujednačena veličina subuzorka, tj. broj sudionika po skupinama nije jednak - 58 sudionika uključeno je u proces psihosocijalne rehabilitacije, a 80 sudionika nije uključeno. U slučajevima kada broj sudionika po skupinama nije jednak, smanjuje se robustnost statističkih postupaka te samim time postaju manje otporni na odstupanja od normalne distribucije i homogenosti varijanci (Kolesarić, 2006). Nadalje, još jedno od mogućih objašnjenja jest slabljenje efekta rehabilitacije. Psihosocijalna rehabilitacija namijenjena je prvenstveno osobama koje imaju teško oštećenje vida od rođenja ili djetinjstva, odnosno rane mladosti te osobama koje su kasnije oslijepljele te su time kod njih nastupili obiteljske, osobne, prostorne ili društvene promjene (Savez slijepih, 2012). Manna i sur. (2013) bavili su se istraživanjem psihosocijalne rehabilitacije te utjecajem psihosocijalne potpore kod starijih osoba s oštećenjima vida na njihovo funkcioniranje te su došli do zaključka da psihosocijalni tretmani uspješno utječu na povećanje samoeфикаsnosti, smanjuju osjećaj bespomoćnosti, te općenito poboljšavaju mentalno stanje osobe, što je izraženo u prvih 6

mjeseci, nakon čega dolazi do stagnacije. Samim time, moguće je da su i navedeni efekti utjecali na dobivene statistički neznčajne rezultate budući da se u ovom istraživanju nije ispitivala uspješnost, učestalost te vrijeme provedeno u tretmanima psihosocijalne rehabilitacije kao ni vrijeme koje je proteklo od zadnjeg sudjelovanja (Alma i sur, 2013.)

Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja

Najvažniji nedostatak provedenog istraživanja jest kombinirani način prikupljanja podataka. Naime, osobe s oštećenjem vida (slijepe i slabovidne osobe) čine vrlo heterogen uzorak te se razlikuju s obzirom na vrstu oštećenja, vrijeme nastanka oštećenja, dob, obrazovanje, poznavanje Brailleovog pisma, korištenje crnog tiska, informatičku pismenost te način kretanja. Kombiniran način prikupljanja podataka korišten je kako bi se sudionicima olakšalo odgovaranje na pitanja te kako bi se obuhvatila što raznolikija skupina slijepih i slabovidnih osoba. Naime, starije slijepe i slabovidne osobe rjeđe se služe računalima, dok se mlađa populacija njime koristi znatno češće. Nadalje, kasnije oslijepljeni rjeđe se služe Brailleovim pismom te je upravo iz tih razloga korišten kombiniran način prikupljanja podataka kako bi se obuhvatilo što je moguće više dobnih skupina te kako bi uzorak bio što reprezentativniji onome u populaciji. Iz takvog načina prikupljanja podataka proizlaze i ostali nedostaci, a to su nejednaki uvjeti prikupljanja podataka. Naime, sudionici koji su rješavali on-line verziju upitnika nisu mogli postaviti pitanje ukoliko im tijekom ispunjavanja upitnika nešto nije bilo jasno, iako su im zajedno s upitnicima ostavljeni i podaci istraživača kako bi ih kontaktirali ukoliko imaju eventualne nejasnoće ili žele povratne informacije. S druge strane, sudionici koji su rješavali upitnik u prisutnosti istraživača mogli su davati socijalno poželjne odgovore. Prisutnost istraživača mogla je povećati neugodu sudionika pri odgovaranju na određena pitanja pa je stoga moguće da su sudionici davali socijalno poželjne odgovore. Nije samo prisutnost istraživača razlog davanja socijalno poželjnih odgovora. Moguć uzrok jest i to što su se sudionici htjeli predstaviti što pozitivnije zbog mogućih predrasuda koje prema njima imaju ljudi iz zdrave populacije. Nadalje, svi sudionici kontaktirani su i zamoljeni za sudjelovanje u istraživanju preko Udruga, pa samim time i oni čine specifičan poduzorak slijepih i slabovidnih osoba. Naime, može se pretpostaviti da su takvi sudionici u manjoj mjeri socijalno izolirani te primaju više socijalne podrške te su aktivniji članovi društva općenito. Također, moguće je da sudionici koji su depresivniji češće odbijaju sudjelovanje u istraživanju pa je samim time uzorak bio homogen po niskoj razini depresivnosti.

Preporuka za buduća istraživanja bila bi da se u istraživanje uključe varijable dobi i spola sudionika. Naime, pokazalo se da postoje razlike u socijalnoj podršci i depresivnosti između

starijih i mlađih dobnih skupina, kao i između muškog i ženskog spola. Prema navodima iz literature potvrđeno je da žene općenito izvještavaju o većem stupnju socijalne podrške u odnosu na muškarce (Helgenson, 2003), dok je s obzirom na varijablu dobi utvrđeno da su starije osobe s invaliditetom socijalno izoliranije u odnosu na mlađe dobne skupine (Leuter, Štambuk i Rusac, 2007). Nadalje, depresivnost se dvostruko češće javlja među ženama u odnosu na muškarce. Broj muškaraca kod kojih će se razviti i biti dijagnosticirana depresija tijekom života iznosi 7-12% od ukupne muške populacije, dok je kod žena taj broj nešto veći i iznosi 20-25%. Navedene spolne razlike očituju se u godinama u kojima se pojavljuju prvi simptomi, čestini javljanja simptoma, smjeru poremećaja, socijalnoj prihvaćenosti te duljini trajanja (Troisi i Molles, 1999). Što se tiče dobi, depresija se najčešće javlja u razdoblju između 20.-50. godine, no oni iznad 65-e godine čine posebno rizičnu skupinu. Također, kako se mladi ljudi približavaju razdoblju puberteta imaju i veću vjerojatnost obolijevanja od depresije. Adolescenti koji ranije od svojih vršnjaka ulaze u pubertet čine posebno osjetljivu skupinu. U srednjoj odrasloj dobi, roditelji su također pod rizikom za obolijevanje od depresije i to posebno u razdoblju kada njihova djeca ulaze u pubertet te kada moraju zadovoljiti uloge podržavajućeg roditelja punog razumijevanja, ali isto tako i ograničavajućeg roditelja koji usmjerava dijete na pravi put. Osim toga, roditelji se u tom periodu vrlo često odvajaju od svoje djece koja napuštaju roditeljski dom te se osamostaljuju, a to za njih predstavlja vrlo stresno razdoblje (Thakur, Hays, Ranga i Krishnan, 1999).

Moguća preporuka za buduća istraživanja bila bi da se pri ispitivanju odnosa socijalne podrške i depresivnosti u obzir uzme i varijabla bračnog statusa. Naime, istraživanja su pokazala da osobe koje imaju partnera u prosjeku izvještavaju o višem stupnju socijalne podrške, dok je izraženost depresivnih simptoma veća kod udovaca nego osoba koje imaju partnera (Zhang i Li, 2011).

Nadalje, u budućim istraživanjima varijabla *sudjelovanje u psihosocijalnoj rehabilitaciji* trebala bi biti detaljnije operacionalizirana, tj. u obzir bi se trebala uzeti frekvencija odlazaka na tretmane psihosocijalne rehabilitacije te uspješnost samog programa, a depresivnost sudionika mogla bi se mjeriti prije sudjelovanja u programu te nakon sudjelovanja.

Još jedna od budućih implikacija bila bi koristiti višekratna mjerenja kako bi se longitudinalno mogao pratiti smjer kretanja odnosa socijalne podrške i depresivnosti čime bi se mogao dobiti jasniji uvid u kauzalnost podataka.

8. Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos između socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba. Od dvije postavljene hipoteze, jedna nije potvrđena. Naime, pokazano je da postoji povezanost između socijalne podrške i depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba. Viši stupanj socijalne podrške implicira nižu razinu depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba. Nadalje, pretpostavka da postoji razlika u stupnju depresivnosti kod slijepih i slabovidnih osoba ovisno o tome jesu li sudjelovali u psihosocijalnoj rehabilitaciji nije potvrđena. Osobe koje su uključene u psihosocijalnu rehabilitaciju ne pokazuju statistički niže rezultate na ljestvici depresivnosti u odnosu na osobe koje nisu uključene.

Rezultati provedenog istraživanja imaju praktične implikacije te ukazuju na važnost daljnjeg istraživanja socijalne podrške i depresivnosti kod osoba s oštećenjem vida kako bi se osigurali odgovarajući psihosocijalni programi za općenito poboljšanje kvalitete života, no za daljnja istraživanja potrebno je uzeti u obzir sve navedene nedostatke.

9. Literatura

- Alma, M.A. i sur. (2013). The Effectiveness of a Multi-disciplinary Group Rehabilitation Program on the Psychosocial Functioning of Elderly People Who Are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107, 5-16.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fourth edition. Text revision:DSM-IV-TR.
- Aronson, E., Wilson, T.D. i Akert, M.A. (2005). Socijalna psihologija. Zagreb: Mate.d.o.o.
- Barron, C.R., Foxall, M.J., Von Dollen, K., Jones, P.A. i Shull, K.A. (1992). Loneliness in low vision older women. *Issues in Mental Health Nursing*, 13(4), 387-401.
- Benjak, T. (2011). Izvještaj o osobama s invaliditetom. *Zagreb*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Bhagotra, S.B., Sharma, A.K. i Raina, B. (2008). Psycho - Social Adjustments and Rehabilitation of The Blind. *Social medicine*, 10, 48-51.
- Boemer, K., Wang, S. i Cimarolli, V.R. (2006). The impact of functional loss: Nature and implications of life changes. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 265-28.
- Cohen, S. i Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-358.
- Dugandžić, M. C. (2006). Socijalni položaj slijepih osoba. Sisak: Udruga slijepih.
- Gallagher, E.N. i Vella-Brodrick, D. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1551-1561.
- Grav S., Hellzen, O., Romild U. i Storda E. (2011). Association between social support and

- depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 111-120.
- Greenough, T.J., Keegan, D.I. i Ash, D.L. (1978). Psychological and social adjustment of blind subjects and the 16PF. *Journal of Clinical Psychology*, 34(1), 85-87.
- Hauck, P. (1990). *Depresija*. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 25-31.
- Hersen, M. i Kabacoff, R. I. (1995). Assertiveness, depression, and social support in older visually impaired adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89, 524.
- House, J.S., Robbins C. i Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am. J. Epidemiol*, 116(1), 123-140.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ivanov, L. i Penezić, Z. (2010). Skala socijalne podrške. U: Tucak Junaković, I., Čubela Adorić, V., Penezić, Z., Proroković, A. (Ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* (str. 69-78). Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Jakovljević, M. (1998). *Depresija. Prepoznavanje i liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Samobor: Pro Mente d.o.o.
- King, E., Gilson S. i Peveler R. (2006). Psychosocial needs of elderly visually impaired patients: pilot study of patients' perspectives. *Primary Care Mental Health*, 4, 185-97.
- Kolesarić, V. (2006). *Analiza varijance u psihologijskim istraživanjima*. Osijek: Filozofski fakultet.

- Lebedina - Manzoni M. (2007). Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Leutar, Z., Štambuk, A. i Rusac, S. (2007). Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija socijalne politike*, 14(3-4), 327-346.
- Petz, B. i sur. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pierce, G.R., Sarason, B.R., Sarason, I.G., Joseph, H.J. i Henderson, C.A. (1996.) Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. *Handbook of social support and the family*, 3-23.
- Reinhardt, J. P. (2001). Effects of Positive and Negative Support Received and Provided on Adaptation to Chronic Visual Impairment. *Applied Developmental Science*, 5(2), 76-85.
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G.P., Mariotti, S.P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 844-851.
- Runjić, T., Bilić, A. i Znaor, M. (2002): Zapošljavanje osoba s oštećenjima vida, Zbornik radova 1. Međunarodnog stručnog simpozija – Aktualnosti i perspektive zapošljavanja osoba s invaliditetom, Zagreb.
- Singletary, C., Goodwyn, M.A. i Carter A.P. (2009). Hope and Social Support in Adults Who Are Legally Blind at a Training Center. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103, 500-504.
- Stančić, V. (1991) Oštećenja vida, biopsihosocijalni aspekti. Impresum: Zagreb: Školska knjiga, 1991.
- Tardy, C. H. (1988). Social support: Conceptual Clarification and Measurement Options. U: Tardy, C. H. (Ur.), *A Handbook for the study of human communication: methods and instruments for observing, measuring and assessing communication processes* (str. 347-364). Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

- Thakur, M., Hays, J., Ranga, K. i Krishnan, R. (1999). Clinical, demographic and social characteristics of psychotic depression. *Psychiatry Research*, 86, 99-106.
- Thurstone, M. (2010). An inquiry into the emotional impact of sight loss and the counselling experiences and needs of blind and partially sighted people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(1), 3-12.
- Troisi, A. i Molles, A. (1999). Gender differences in depression: an ethological study of nonverbal behavior during interviews. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 132-149.
- Vijeće Europe (2002). Integracija osoba s invaliditetom – aktivnosti. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
- Wilkinson, R. i Marmot M. (2003). Social Determinants of the Health. The Solid Facts, 2nd edn. WHO regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (2012). Causes of blindness and visual impairment. Dostupno na: <http://www.who.int/blindness/causes/en/index.html> Datum pristupa: 19.6.2013.
- World Health Organization (2013). Depression, a hidden burden. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf Datum pristupa 12.4.2013.
- Zhang, B. i Li, J.(2011). Gender and marital status differences in depressive symptoms among elderly adults: The roles of family support and friend support. *Aging & Mental Health*, 15, 844-854.